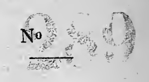
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 juin 1883, à 1 heure

Par JULES RAULLET,

Né à Foucarmont (Seine-Inférieure), le 19 octobre 1853.

ÉTUDE

SUR LA

MIGRAINE OPHTHALMIQUE

Président de la Thèse : M. le professeur Charcot.

Juges : MM.
- Bouchardat (G.), Professeur,
- Rendu, agrégé,
- Landouzy, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS
IMPRIMERIE ALBERT DROUIN
5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON FRÈRE :

LE DOCTEUR RAULLET.

A MES PARENTS ET A MES AMIS.

A MES MAITRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR CHARCOT.

INTRODUCTION

La migraine a été observée et étudiée depuis les temps les plus reculés, mais les auteurs anciens se sont peu préoccupés de ses rapports avec une affection générale, quelques-uns, la rencontrant associée au scotome scintillant, se sont gardés de le rapprocher de la première affection, aussi tous les travaux parus jusqu'en 1831 sont-ils muets sur les rapports entre ces deux affections. Fœrster, lui-même, en 1867, au congrès d'Heidelberg paraissant ignorer les travaux de Piorry en était encore à admettre une certaine analogie entre le scotome scintillant et la migraine, alors que depuis trente années, en 1837, Piorry avait tracé de main de maître un tableau vraiment saisissant de cette affection et dont le scotome scintillant était pour lui le caractère principal. Après lui, nombre de médecins et d'ophthalmologistes l'ont étudiée, soit sous la forme didactique, soit sous la forme épisodique ; aussi n'entreprendrons-nous pas une description complète, nous bornant à passer en revue les traits principaux de la maladie et de mettre en lumière quelques particularités de son évolution surtout au point de vue du pronostic sur lesquelles insiste M. Charcot, l'éminent professeur de la Faculté.

Mais, avant de commencer, nous remercions tout particulièrement notre ami, M. le D^r Ch. Féré, qui nous a

toujours prodigué ses excellents conseils et nous a rendu la tâche moins difficile en nous confiant ses observations personnelles.

Qu'il nous soit permis enfin de témoigner toute notre gratitude à M. le professeur Charcot qui a bien voulu mettre à notre disposition un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Salpêtrière, dans son service de clinique des maladies du système nerveux, et de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

La plupart des renseignements que nous possédons sur cette affection nous ont été fournis par des médecins ou des hommes de science qui y étaient sujets. Aussi trouvons-nous dans la science beaucoup plus d'observations isolées que de travaux proprement dits.

Piorry, qui paraît avoir ignoré les publications de Vater, qui, dans une dissertation latine à Wittemberg, en 1733, rapporta trois cas d'hémiopie fugace, les descriptions de Wollaston qui rapporta sa propre observation dans les *Philosophical transactions*, 1824, et qu'Arago, dans les *Annales de Chimie*, 1824, traduisit en y ajoutant aussi la sienne, mais n'ayant d'autre but que d'attirer l'attention des astronômes sur une cause d'erreur, il laissa complètement de côté la question physiologique, décrivit le premier scintillement d'une façon exacte et ne vit là qu'un trouble sensoriel prodomique de la migraine dite par lui ophthalmique ou irisalgie.

G. Pelletan (*Coup d'œil sur la migraine*) se borne à rapporter la description de Piorry en y ajoutant quelques considérations secondaires.

Tyrrell (*Cyclopecœdia of pratical surgery*, 1841,) rattache à la migraine ophthalmique de Piorry l'hémiopie

comme une amaurose fonctionnelle due à un trouble général.

Sir David Brewster (*Philosophical Magazine*, 1865, June, p. 503) assez sujet lui-même à la migraine, chercha à s'assurer de la condition optique de la rétine pendant qu'elle est sous l'influence de l'attaque et à déterminer la nature de l'affection.

Airy, en 1865, vient encore ajouter par des descriptions de plusieurs accès de migraine observés sur lui-même, aux travaux de Wollaston et de Brewster.

En 1866, M. Testelin, dans le supplément au *Traité des maladies des yeux*, de Mackensie, donne à la suite du résumé des travaux précédents trois observations inédites.

L'année suivante, à la Société d'ophthalmologie d'Heidelberg, M. Fœrster donnait sa propre observation et décrivant la dernière attaque qu'il avait éprouvée; il soulevait sur ce sujet une intéressante discussion.

En 1873, dans un long et intéressant travail sur la migraine, M. Liveing rappelle les observations de Piorry, Parry, Forthergill, Airy, Wollaston, etc..., et y ajoute plusieurs observations personnelles. L'auteur ne traitant pour ainsi dire qu'accessoirement des troubles visuels, ne les envisage que comme une phase de migraine, il ajoute peu du reste à la description de Piorry.

Nous signalerons aussi l'article sur le scotome scintillant dans la *Thérapeutique oculaire* de M. de Wecker; la thèse de M. Dianoux, en 1875, sur le scotome scintillant, et l'étude sur la migraine ophthalmique publiée en 1878 par M. Galezowski.

Pour terminer ce léger aperçu de l'historique, nous aurons tout dit quand nous aurons cité le mémoire paru en 1881, « *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique*, » de M. le Dr Ch. Féré, qui, à l'exemple de son maître, M. le professeur Charcot, insiste sur les traits principaux de la maladie et met en lumière quelques particularités importantes au point de vue du pronostic. Nous ferons de nombreux emprunts à ce travail.

En 1882, nous trouvons la savante *Clinique* de M. le professeur Charcot sur la paralysie générale ayant débuté par la migraine ophthalmique.

Enfin, en 1883, M. Parinaud publie une nouvelle observation de paralysie générale ayant aussi débuté par la migraine opthalmique (*Archives de Névrologie*, 1883, t. V, p. 57.)

HISTOIRE DE LA DÉNOMINATION

Les auteurs sont peu d'accord sur la dénomination à donner à cet état pathologique sur lequel nous désirons appeler l'attention. On l'a successivement décrit sous les noms de scotome scintillant hémiopique (Mauthner), de teichopsie (Airy), d'amaurose partielle fugace (Fœrster), de scotome scintillant (Listing, Dianoux), d'irisalgie, névropathie ommique ou migraine oculaire (Piorry). Aucun de ces noms, sauf le dernier, ne nous paraît remplir absolument le but, parce qu'aucun n'est suffisamment compréhensible et que tous sont aussi vagues. Aussi préférons-nous conserver l'expression de migraine ophthalmique, consacrée par Piorry, qui nous paraît mieux faire comprendre les caractères généraux et la marche de l'affection.

Définition. — Nous ne pouvons mieux faire que donner textuellement la définition de M. le Dr Ch. Féré (1).

La migraine ophthalmique est caractérisée par des troubles oculaires variés, consistant soit en sensations subjectives d'un spectre lumineux coloré ou non, soit en l'oblitération d'une partie du champ visuel, etc., précédant l'apparition de la douleur de tête

(1) *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique* (*Revue de médecine*), 1881.

qui apparaît généralement sur un point limité de la tempe, d'où elle s'irradie à la moitié du crâne, du côté où se sont manifestés les troubles occulaires. La douleur de tête se termine par des nausées ordinairement suivies de vomissements. Outre les troubles vaso-moteurs du côté de la face, la douleur de tête s'accompagne quelquefois de phénomènes divers du côté des membres ou même d'altération de fonctions cérébrales, notamment de troubles localisés de la sensibilité et de la motilité des membres, de troubles de la parole. Elle constitue un syndrome, dont quelques traits caractéristiques suffisent pour la différencier des autres migraines et en faire une affection véritablement autonome.

« Cette autonomie ne paraît pas avoir été suffisamment reconnue par la plupart des auteurs, qui ont considéré les troubles oculaires et les phénomènes cérébraux ou périphériques qui peuvent les accompagner, comme des épisodes qui peuvent appartenir à l'histoire de toutes les migraines, tandis que, en réalité, ils ne se rencontrent toujours les mêmes, à chaque accès, que chez un petit nombre de migraineux. »

ÉTIOLOGIE

La migraine ophthalmique se rencontre à peu près aussi fréquemment dans les deux sexes, plus souvent dans l'âge adulte et dans l'âge mûr. Cette affection étant très rare avant la puberté et dans l'extrême vieillesse, comme il résulte des observations de M. Galezowski qui l'a trouvé six fois entre 10 et 20 ans et une fois à 80 ans. Une jeune fille observée par M. Charcot, avait vu débuter les premiers accidents à l'âge de 9 ans.

Les climats semblent n'avoir pas une influence marquée sur l'affection. Les hommes de tous les climats peuvent en souffrir et la science possède des observations appartenant à des hommes habitant des latitudes bien différentes.

Les saisons pluvieuses et brumeuses, peuvent être considérées comme une cause prédisposante.

Les professions doivent être comptées parmi les causes de ce genre, les savants, les médecins qui se livrent à des lectures assidues immédiatement après le repas ; ceux qui font une application continue de leurs yeux, en sont particulièrement affectés : M. C. a été affecté plusieurs fois après avoir regardé longtemps dans un microscope.

La migraine ophthalmique survient quelquefois chez des goutteux, des hémorrhoïdaires, chez des sujets ané-

miques ou à tempérament nerveux, chez des hystériques ; assez souvent, des sujets d'une bonne santé habituelle en sont atteints. Quelques malades ont une hérédité nerveuse.

Le premier accès peut survenir spontanément sans qu'on puisse le rattacher à aucune cause appréciable. Il n'est pas rare qu'il soit déterminé par un travail intellectuel prolongé, par une lecture assidue pendant la période digestive, par une fatigue ou un excès quelconque. Certains sujets dyspeptiques virent leur attaque survenir au moment d'une recrudescence de leurs troubles gastriques. Chez les sujets en puissance d'une attaque, une impression forte sur les nerfs sensoriels et, principalement, sur le nerf optique suffit pour la provoquer. Certains sujets sont atteints, par exemple, chaque fois qu'ils regardent le soleil, les attaques sont précédées et annoncées par des troubles digestifs ; la faim les détermine dans quelques circonstances. Une dame citée par Mauthner et qui était sujette à des attaques d'hémiopie passagère était plus souvent atteinte pendant la grossesse.

SYMPTOMATOLOGIE

Tous les auteurs qui ont étudié la migraine ophthalmique ont rencontré les mêmes phénomènes et ont décrit les mêmes symptômes de cette affection ; aussi ne ferons-nous que résumer leurs travaux : Mais les phénomènes qui se présentent dans les premiers accès, peuvent être considérés à l'état d'isolement, comme appartenant à une affection le plus souvent bénigne, tandis qu'il s'agira quelquefois ainsi que les observations suivantes le prouveront, des débuts d'une affection très grave :

Nous adopterons ici la classification donnée par M. Ch. Féré :

1° Migraines ophthalmiques simples ;
2° Migraines ophthalmiques frustes ;
3° Migraines ophthalmiques dissociées ;
4° Migraines ophthalmiques accompagnées.

Dans la plupart des cas, les troubles visuels ouvrent la scène ; quelques fois c'est une *obnubilation passagère* s'accompagnant parfois d'une sorte de vibration que plusieurs malades comparent à celles qui se passent dans l'air chauffé sur un poèle. D'autres fois, c'est une hémiopie transitoire survenant graduellement ou subitement ; le malade est surpris de ne plus voir que la moitié des objets, s'il est en train de lire, il ne voit plus tout à coup qne la moitié de la page, etc. La diminution

du champ visuel semble ne jamais atteindre le point central ou à de rares exceptions près ; c'est plutôt un rétrécissement latéral du champ visuel qu'une véritable hémiopie. Quelquefois encore le malade n'a la sensation que d'un simple obscurcissement de la vue. Au lieu d'un simple rétrécissement du champ visuel, on peut observer une cécité complète. Un phénomène spécial peut accompagner les autres troubles de la vue ou exister seul : c'est le *scotome scintillant*, qui se présente sous différentes formes ; il prédomine seulement dans l'œil qui est affecté, du côté externe. Au début, les malades ont la sensation d'un feu d'artifice, d'une gerbe d'étincelles, mais une fois habitués à ces visions, ils en donnent presque tous une description identique. C'est un globe de feu plus ou moins volumineux. C'est une roue dentée rouge, blanche ou phosphorescente qui est animée de vibrations très rapides et en même temps d'un mouvement de rotation incomplète autour de son centre ; peu à peu la roue s'élagit, son centre s'obscurcit et les dents de la roue ressemblent aux angles d'un plan de *fortification ;* à mesure que le cercle s'ouvre et s'élargit, le malade finit par n'en plus voir que la partie externe, sous forme d'une ligne brisée lumineuse dont les angles continuent à trémuler jusqu'à ce que tout disparaisse. Dans certains cas, le scotome est constitué par un zigzag lumineux semblable à une étincelle électrique, d'autres fois les divers segments du cercle de feu présentent des couleurs variées.

Ces troubles de la vision semblent prédominer dans un œil, mais en général les phénomènes occupent un côté du champ visuel des deux yeux et le scintillement dépasse très fréquemment la ligne médiane. Les trou-

bles visuels s'accompagnent souvent de douleurs névralgiques ou d'une sensation de tension dans l'œil affecté qui est sensible à la pression et bien que rarement on ait eu l'occasion d'examiner un œil au moment de l'accès, on a trouvé ordinairement les pupilles contractées et souvent inégalement, celle du côté affecté de la migraine étant la plus petite (Latham).

La douleur céphalique est toujours précédée de troubles visuels, avec ou sans douleur oculaire; elle les suit dans un espace de temps variable de quelques minutes à une demi-heure, une heure et même plus. Cette douleur a ordinairement pour siège la région frontale au-dessus de l'œil affecté, d'abord localisée, elle s'irradie à toute la moitié du crâne du côté de l'œil affecté, s'étend même du côté opposé, mais avec une intensité moindre; c'est une véritable hémicrânie.

Quand la douleur céphalique est arrivée à son summum, elle s'accompagne souvent d'une sensation de vertige plus ou moins accusée et enfin peuvent survenir des nausées et des vomissements qui marquent généralement la fin de l'accès.

Tel est l'ensemble symptômatique ordinaire de la migraine *ophthalmique simple.*

Obs. I (Inédite). — H... 23 ans, fleuriste est sujette depuis 3 mois à des accès mensuels de migraine, ils coïncident avec les époques menstruelles. Les crises débutent toujours par un trouble de l'œil gauche. Ce trouble, léger d'abord, devient progressivement plus interne. La malade le compare à un voile épais de gaze que l'on aurait interposé entre l'œil et les objets qu'elle fixe. Une heure environ après le début de ces troubles, il passe devant l'œil une série de points brillants qui scintillent

et sautent constamment. En même temps, débutent les maux de tête qui localisés d'abord dans la région péri-orbitaire passent bientôt dans la région temporale et occipitale. Cette céphalalgie est très intense et amène du vertige et des éblouisssements. La première fois, les douleurs ont été accompagnées de vomissements, puis après dix-huit ou vingt heures les douleurs diminuent, les photopsies disparaissent, les troubles visuels deviennent plus légers et tout rentre dans l'ordre, pas d'antécédents syphilitiques.

Nous venons de voir comment l'affection se comportait dans le premier cas. D'autres fois les troubles oculaires existent seuls pendant de longues années et peuvent paraître constituer toute la maladie. Quelquefois encore, les troubles oculaires sont suivis d'une migraine légère ou forte, mais les nausées et les vomissements manquent; chez d'autres malades, on n'observe qu'une légère obnubilation de la vue tout à fait passagère. C'est là la *migraine ophthalmique fruste*.

Dans certains cas, les malades ont des troubles visuels à peu près régulièrement périodiques qui semblent se manifester isolément, puis quelques jours après, survient une migraine suivie de nausées et de vomissements. Ces *migraines dissociées*, sur lesquelles M. Charcot appelle tout particulièrement l'attention, peuvent se présenter sous la forme d'abord incomplète, soit constituée par un scotome périodique seul, soit par une migraine isolée et constituer ensuite une migraine ophthalmique plus ou moins régulière, dont les éléments avaient été méconnus d'abord, parce qu'ils étaient isolés. En voici un exemple.

Obs. II. (Ch. Féré, *Loc. cit.*). — M. A... 41 ans, forte, a eu deux enfants — bien réglée, accidents nerveux antérieurs.

A l'âge de 8 ans, attaques convulsives dans le côté droit du corps et qui se seraient reproduites pendant 2 ou 3 mois.

Depuis 8 ou 10 ans, engourdissements limités à la main droite, se manifestant tous les jours au lever, pas de troubles de la parole. Ces accès durent une heure.

Pendant plusieurs années, la malade n'a éprouvé que ce seul trouble, puis obscurcissement du champ visuel ; d'autres fois, elle aperçoit une sorte de roue dentée lumineuse blanche comme la lumière électrique dont les dents trémulent constamment. La crise dure un quart d'heure et se termine par des nausées.

Les accès de céphalalgie, occupant la partie postérieure de la tête, coïncident quelquefois avec les troubles de la vision ; mais plus souvent ils se manifestent isolément, pas d'engourdissement du bras pendant la nuit ; — constipation habituelle.

10 février 1881. — Traitement : Elixir d'Yvon, trois cueillerées par jour. Purgatif tous les trois jours.

17 février. — Examen des urines ; ni albumine, ni sucre. Continuation du traitement, 4 cueillerées et en augmentant d'une cueillerée par semaine jusqu'à six par jour.

7 Avril. — A vu encore des étincelles et un arc avec des angles qui dansent, a eu aussi plusieurs attaques de migraine indépendante du scotome et précédées de l'engourdissement de la main.

12 mai. — L'engourdissement des doigts a diminué ; le scotome paraît modifié ; elle décrit une étoile qui apparaît du côté gauche du champ visuel et qui décrit une demi circonférence pour aller disparaître du côté droit.

Cette observation est intéressante non seulement par la dissociation des symptômes de la migraine, restée longtemps incomplète, mais encore par l'addition de troubles accessoires qui seraient capables de faire errer le diagnostic lorsqu'ils prennent un caractère prédominant.

Dans la *migraine ophthalmique accompagnée*, on rencontre le plus souvent des troubles de la parole ou

des troubles sensitifs ou moteurs du côté de la face, des membres ; ces troubles se manifestent généralement en même temps que le scotome ou l'hémiopie ou les suivent de près :

L'aphasie se rencontre le plus fréquemment, quelquefois il n'y a qu'embarras de la parole ; mais quel que soit le degré de l'aphasie, la soudaineté de son apparition, coïncidant avec des troubles oculaires effrayants, jette dans l'esprit du malade un trouble profond. Quelquefois, le malade ne peut plus écrire, comme dans le fait suivant observé par M. Charcot :

Obs. III. (de M. Charcot, Féré, *loc. cit.*) — M. E..., fait appeler son médecin ordinaire, M. le Dr Augron, et lui dit nettement : « Docteur, je suis aphasique. » Il répète constamment cette phrase, et quand on veut le faire s'expliquer, on constate qu'il ne peut trouver ses mots et qu'il emploie l'un pour l'autre. Il voulut écrire ; mais après bien des efforts, il ne put tracer que le mot « cerise ». Dans la nuit l'aphasie devint complète, elle cessa bientôt après l'application de 12 sangsues derrière les oreilles.

Ce malade a eu trois ou quatre accès du même genre qu'il attribue soit à une fatigue, soit à un accès de colère, soit à une intoxication par le tabac : ordinairement, l'aphasie est précédée de quelques troubles de la motilité dans le pouce et l'indicateur de la main droite, et elle s'accompagne d'une douleur céphalique siégeant au-dessus du sourcil gauche et d'un peu d'hémiopie, mais n'est pas suivi de vomissements.

Dans ce fait, l'aphasie coïncide avec des troubles périphériques du côté droit. Autant qu'on peut en juger par les rares faits publiés quand l'aphasie est associée à des troubles du côté des membres, ces derniers occupent le côté droit.

Obs. IV. (Inédite). — Hard..., 25 ans, symptômes nerveux, malade depuis 2 ans, à la suite d'insuccès d'examen a été prise de vomissements qui ont affaibli beaucoup la malade, pour lesquels elle s'en alla passer plusieurs mois à Cannes.

Aujourd'hui, la malade arrive avec un teint jaunâtre et cachectique.

Lundi dernier a entendu un bruit dans l'oreille gauche, avec une sorte d'hallucination de l'ouïe ; elle entendait sa voix toute drôle. A eu une douleur autrefois dans le flanc gauche, mais ne précise pas nettement la région ovarienne. Depuis deux jours, difficulté de la parole, la malade bégaye sur certains mots.

A assez fréquemment des migraines, aurait du scotome, point brillant aussi bien à droite qu'à gauche ; mais ne reconnaît pas sur le papier la forme classique du scotome scintillant.

Pas d'engourdissement ni à gauche ni à droite. Sa mère prétend toutefois qu'elle en aurait eu. Pas de pertes, règles pâles et peu abondantes, pas d'hémorrhagies ; aussitôt que la malade a mangé, elle a de la tendance à vomir.

La malade (*qui est à l'école normale*), ne peut pas écrire ; on lui donne du papier, elle est incapable d'y tracer son adresse.

Obs. V. (Inédite). — Pom..., 43 ans, perruquier. A la suite d'une contrariété, il a eu des phénomènes nerveux, il y a deux ans, auxquels succédèrent les accidents qui établirent la migraine ophthalmique, ils lui nécessitèrent un traitemeut d'un an, dirigé par M. D. Un an de calme y succèda. Il y a dix jours, les mêmes phénomènes oculaires se sont reproduits, ils sont d'abord précédés de maux de tête très violents siégeant dans la région temporale et frontale, sans vertige ni vomissement. Une heure après, un voile assez épais apparaît, auquel succèdent des symptômes lumineux spéciaux. Ce sont des cercles brillants réflétant toutes les couleurs les plus vives et finalement couleur d'or. Les cercles sont animés de mouvements, ils s'éloignent et se rapprochent successivement de l'œil, s'aggrandissant en s'éloignant et réciproquement, se rétrécissant en se rapprochant,

sautillent puis disparaissent subitement. Ces phénomènes, qui ont commencé il y a dix jours, se représentent quatre à cinq fois dans la même journée, et obligent le malade à cesser tout travail.

A la suite de ces crises, on n'a constaté ni engourdissement ni mouvements épileptiformes, le malade accuse toutefois dans certaines crises un degré notable d'aphasie consécutive. L'examen physique montre : hémiopie homonyme inférieure externe à droite, inférieure interne à gauche. Acuité visuelle normale.

A droite, le bleu paraît gris. Dyschromatopsie normale à gauche.

Les phénomènes oculaires, sont plus intenses à droite. Depuis hier, les phénomènes sont moindres, le malade voit seulement de temps en temps des étincelles.

Traitement. — Elixir d'Yvon, 2, 3, 4 et 5 cuillerées par jour, 16 décembre, 1880. Les douleurs de tête persistent; plus de phénomènes optiques. Continuation du traitement.

Obs. VI. (Inédite). — M....., 28 ans, pharmacien, malade depuis 5 ans.

Légère aphasie passagère, engourdissement dans le bord cubital droit, en même temps dans l'œil, petites étincelles qui sont remplacées par une obnubilation de la vue. Diplopie en même temps.

Pendant une heure après l'accès, le malade ne peut plus retrouver ses mots. *Il écrit difficilement.*

Légère inégalité des pupilles, la droite un peu plus large.

Obs. VII. (Inédite). — S....., 20 juillet 1882. A d'abord un peu d'étourdissement, suivi d'engourdissement de la main droite remontant au bras, voit un scotome pendant une heure environ (?), puis douleur de tête, tantôt à droite, tantôt à gauche; l'engourdissement de la main aurait duré environ dix minutes; il y a eu de l'embarras de la parole; il ne pouvait pas trouver les mots ni prononcer ceux qu'il voulait dire, s'est couché après

l'attaque, a dormi deux ou trois heures, n'a pas vomi, mais a eu quelques nausées.

Obs. VIII. (Inédite). — Bert..., attaques nerveuses, peut-être scotome scintillant, engourdissements dans le bras gauche. Elévation du bras, secousses, tête tournée à gauche, embarras de la parole, perte de connaissance assez souvent.

Jambe droite plus mince que la gauche, réflexes exagérés à droite.

Obs. IX. (Inédite). — P....., 7 juillet 1881. Premier accès remonte à quatre ans, en a eu depuis un grand nombre, la dernière eut lieu il y a huit jours, accompagnée d'embarras de la parole et de tremblements dans les membres supérieurs. Cet embarras de la parole et ces tremblements n'ont pas persisté d'une manière certaine, cependant actuellement on trouve encore un léger tremblement dans le bras droit. D'ailleurs pas de signes permanents bien nets. Au premier examen on ne trouve pas d'émiopie.

Revient le 25 avril 1882, a eu un nouvel accès. Toujours pas de scotome, l'accès est accompagné de frémissement dans le bras, dans la face. Il paraît établi qu'il n'a jamais existé de scotome scintillant, qu'elle ne paraît pas hémiopique; c'est une obnubilation de la vue.

Obs. X. (Inédite). — *Migraine ophthalmique avec engourdissement de la jambe et de la main.* — 5 novembre 1881. Mlle D....., 26 ans, il y a à peu près six ans, qu'ont apparu les premiers accidents. Elle a dans ses accès comme un brouillard devant la vue, puis de la céphalalgie frontale et des engourdissements dans la main à tel point qu'elle a pu se brûler sans s'en apercevoir.

Il lui semble que le nez et les lèvres sont comme morts.

Examen ophthalmoscopique, par M. Landolt: rien au fond de l'œil.

Parmi les troubles les plus fréquents qui peuvent se manifester associés ou non aux troubles de la parole, sont ceux *de la sensibilité.* Les malades ressentent des fourmillements, engourdissement de la main et du bras atteignant quelquefois tout le côté du corps. Quelquefois ces troubles de la sensibilité, au lieu de rester limités à un seul côté, peuvent s'étendre à l'autre, comme le montre l'observation suivante de M. Charcot, mais toujours rester prédominants du côté primitivement atteint :

Obs. XI. (Féré, *loc. cit*). — J'ai vu le 20 novembre 1877, avec MM. Simon et Prost, M. de St.M..., âgé de 48 ans environ, de très haute stature, nerveux, hypochondriaque. Il a un frère qui souvent rit et pleure sans motif. Sa mère est, comme il le dit, « arthritique ». Il n'a jamais présenté aucun symptôme d'arthritis à part des hémorrhoïdes.

Depuis l'âge de 25 ans, époque à laquelle il a cessé d'être hémorrhoïdaire, il est sujet aux accès suivants. Il commence par éprouver une sensation d'anxiété à la région précordiale, puis survient une hémiopie tantôt latérale, tantôt nasale ; il est très explicite sur l'hémiopie nasale : cela lui fait l'effet d'un grand rond noir qui l'empêche de voir en face, mais lui permet de voir à droite et à gauche. Il n'a jamais eu de scotome scintillant.

Après cela survient un engourdissement très prononcé de la main droite, puis un peu d'engourdissement de la main gauche. Habituellement, il y a aussi un peu d'engourdissement dans les lèvres et même dans la langue. Dans le même temps, il y a une aphasie réelle : tantôt il y a impossibilité de rien dire, tantôt il dit un mot pour un autre. Cela se termine par un mal de tête quelquefois très violent qui occupe les deux régions de la tempe et le sinciput. Ces accès ne sont jamais suivis de vomissement ; ils durent généralement un quart d'heure ou vingt minutes ; mais ils se répètent quelquefois plusieurs fois par jour ; dans un accès, la douleur persista pendant une demi-journée. Ils

étaient autrefois plus fréquents : l'emploi du bromure de potassium à la dose de 6 grammes environ par jour depuis deux ans semble avoir produit un amendement. Il y a quelquefois des accès avortés.

Ces troubles de la sensibilité peuvent changer de côté dans les accès consécutifs sur le même sujet (Féré.)

Obs. XII. (Ch. Féré, *loc. cit*). — Jeune fille de 17 ans, atteinte depuis l'âge de neuf ans des accidents dont elle se plaint et qui sont décrits comme il suit par sa mère dans une lettre adressée à M. Charcot : « Après quatre semaines de traitement (bromure de potassium), la jeune fille, étant à la campagne, a été prise le matin de sa crise habituelle : trouble de la vue, douleur dans une tempe et, comme toujours, engourdissement du bras et de la main opposés à la tempe souffrante. Un lourd sommeil termine la crise. Le tout avait duré trois heures. Le soir en se couchant, elle semblait bien ; mais, au milieu de la nuit, elle est réveillée par une douleur de tête extrêmement aiguë, comme elle n'en avait jamais éprouvé, puis des hauts de cœur et enfin des vomissements. Un sommeil très lourd et très long termine encore cette crise, pendant laquelle il n'y a eu ni trouble de la vue ni engourdissement. Le lendemain, accablement général, faiblesse extrême, même dans la vue, grande pâleur ; a pris quelque peu de nourriture avec assez bon appétit, ce qui faisait augurer de la fin de la crise, lorsqu'à cinq heures du soir elle est reprise de trouble dans la vue, de douleur dans la tempe et de légers engourdissements de la main et du bras opposés à ceux de la veille. La nuit se passe assez bien.....

Le lendemain soir, nouvel accès.

Depuis cette dernière crise, notre jeune fille est restée plusieurs jours à se remettre.

Elle persiste toujours dans ce qu'elle nous a dit que le trouble qu'elle a dans la vue lui fait voir les objets à moitié, c'est-à-dire

une partie dans le brouillard; mais elle ne voit point de serpentin, ni de choses lumineuses; et, lorsqu'elle ferme les yeux, elle n'aperçoit plus rien..... »

Obs. XIII. (de M. Charcot, Feré, *loc. cit.*) — J'ai vu le 20 avril 1870 un homme d'une trentaine d'années qui éprouve des migraines périodiques qui sont précédées de fourmillements siégeant dans le membre supérieur droit, dans la joue du côté gauche, de spectre vibratoire dans l'œil gauche et d'aphasie, le malade prenant alors pendant deux ou trois heures un mot pour un autre. Bientôt surviennent des nausées, les fourmillements cessent, et une vraie migraine s'établit, qui oblige le malade à se coucher et dure environ vingt-quatre heures.

D'autres fois, les fourmillements siègent dans le membre supérieur gauche; le malade n'a pas su me dire s'il était aphasique même dans ce dernier cas.

Il a été revu en 1872 et en 1880. A sa dernière visite, rien n'était changé, sauf que ses accès sont moins fréquents et moins forts.

Les *troubles moteurs* sont plus rares que les troubles sensitifs ; ils consistent en parésies ou en ***paralysies*** complètes, s'étendant le plus souvent au bras seulement, quelquefois au bras ou à la face, quelquefois enfin à tout le côté du corps sous forme d'hémiplégie complète, comme nous en rapporterons un exemple. (Féré.)

Obs. XIV. (Ch. Féré, *loc. cit.*). — Madame Vald..., sage-femme, 34 ans, sans antécédents héréditaires, ni goutte, ni rhumatismes. Pas d'antécédents personnels; seulement un peu nerveuse, d'une bonne santé habituelle d'ailleurs, replète.

Au commencement de décembre 1878, vers onze heures du soir, en lisant dans son lit, elle a, dit-elle, une douleur qui lui traverse la tête comme un éclair, partant de la partie supérieure et postérieure droite, traversant obliquement la convexité du

crâne et s'arrêtant à la partie inférieure de la tempe gauche. Elle reste comme hébétée à la suite de cette douleur, puis s'endort. Quelques jours après, elle éprouva à plusieurs reprises une sorte de vertige avec sensation de pression la forçant à courber la tête et à fermer les yeux ; elle aurait « dormi », dit-elle, ou perdu connaissance pendant quelques secondes. Ces accidents ne sont renouvelés jusqu'au 14 janvier 1879. Ce jour-là, elle se réveille le matin, ne pouvant remuer ni les doigts, ni la main droite. Le lendemain, le bras tout entier était paralysé et insensible ; elle sentait dans la paume de la main une chaleur excessive, et elle dit que sa main était très gonflée. Vers la fin de janvier, elle éprouve une crampe dans la jambe droite à la suite de laquelle survint une paralysie avec anesthésie du membre inférieur. La malade dut alors garder le lit.

Le 20 février, les vertiges revinrent plus forts, et le 21, à sept heures du matin, elle sentit un tremblement dans les jambes, puis dans les doigts et la paume de la main droite ; en même temps, il se fit un mouvement de torsion de la tête de gauche à droite, la commissure buccale était tirée à droite ; les paupières étaient animées d'un mouvement convulsif comme les muscles de la face ; la malade ne pouvait articuler une parole, elle ne pouvait que pousser des cris rauques. Ces convulsions cloniques durèrent environ une heure, sans que la malade perdit connaissance, puis tout rentra dans l'ordre. A partir de ce moment, elle commença à éprouver des douleurs paroxystiques dans la tête partant du côté droit du cou, remontant par l'occiput vers le vertex et le front pour se terminer à la racine du nez ; ces crises duraient de deux à cinq minutes et s'accompagnaient de nausées.

Vers la fin de mars, la malade commença à remuer la jambe droite ; le 15 avril, la main était à peu près libre, mais ce ne fut que vers le 15 mai que la malade put recommencer à écrire.

Pendant dix-huit mois, elle n'eut aucune douleur de tête et fut parfaitement bien.

Le 7 novembre 1880, vers deux heures du matin, la malade entre dans une pièce surchauffée par un poêle, où elle dut rester jusqu'à quatre heures.

En rentrant chez elle, elle fut prise de vertiges et perdit connaissance dans la rue ; elle arrive chez elle toute grelotante et se couche à cinq heures et demie. Aussitôt, elle éprouve une douleur violente sur le côté droit du front, et elle a devant les yeux alternativement une grande clarté et une roue dentée rouge dont les dents vibrent et qui tourne. Ces phénomènes persistaient même quand elle fermait les yeux. Dans la journée, elle eut des vomissements glaireux ; mais les sensations lumineuses ne disparurent point ; la roue dentée rouge dans les premiers jours devint peu à peu blanchâtre, de la couleur des éclairs pendant cinq ou six jours. En même temps, la douleur de tête persiste et augmente ; il semble à la malade que sa vue baisse ; elle ne peut ni lire ni écrire sans avoir des nausées et des douleurs violentes dans les yeux. Puis les anciennes douleurs de tête partant du cou reparaissent ; il lui est impossible de se coucher sur le côté gauche sans éprouver de violentes douleurs dans l'œil gauche et au front. Ces douleurs sont toujours accompagnées de vomissements. Quelquefois elle a des tintements dans les oreilles, et par moments elle est sourde de l'oreille droite ; battements dans la tempe droite. Fièvre tous les soirs vers huit heures.

Le 25 décembre, à trois heures après midi, la main et le bras gauches deviennent raides, la bouche se contracte en se tirant à gauche, l'œil reste fixe ; elle ne peut faire aucun mouvement de tout le côté gauche, qui est anesthésique ; la contracture dura jusqu'à cinq heures. Puis de violentes crises douloureuses se succèdent de dix en dix minutes, commençant par le cou, remontant en arrière de la tête et se ramenant à la racine du nez. Pendant ces accès, la malade a vu double ; puis devant l'œil droit venait se placer un cercle blanchâtre ayant un centre noir.

A partir du 3 janvier 1881, mieux sensible ; les crises deviennent plus rares, moins douloureuses ; la douleur oculaire a diminué ; la malade commence à pouvoir se coucher sur le côté gauche. Sa main gauche gonfle un peu de temps en temps ; la surdité persiste momentanément ; sa vue est très faible, et elle voit incomplètement les objets, ou ils lui semblent déformés.

Le 19 janvier, M. le Dr Meyer constate une hémiopie gauche à forme spéciale, en ce sens que la vision normale dépasse un peu le centre et que le champ visuel est généralement rétréci, mais surtout du côté gauche. A la papille, flexuosités et varicosités des artères de la rétine.

Quand elle se présente à la consultation du 4 février, les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés, surtout aux tendons rotuliens.

Sous l'influence de l'électricité statique les phénomènes tant céphaliques que périphériques se sont graduellement amendés, le 16 février; le 6 avril M. Meyer a pu constater l'agrandissement graduel du champ visuel.

Le 3 mai, après avoir pris du café, elle a eu un accès de migraine ophthalmique à la suite de laquelle M. Landolt a pu constater une nouvelle recrudescence de l'hémiopie.

Le 31 mai, nous dessinons de nouveau le champ visuel avec le périmètre et nous constatons que, à la partie externe du champ visuel de l'œil gauche où est le rétrécissement prédominant, la vision est limitée au 30e degré sur l'axe transversal, mais tout à fait en dehors, il existe du 70e au 80e une plaque allongée verticalement où la vision est nette.

Dans quelques cas de migraine ophthalmique, on peut voir coïncider des *attaques épileptiformes* et dans le diagnostic différentiel nous donnerons les raisons qui nous feront éviter l'erreur. En effet l'aura de l'épilepsie vraie est tellement caractéristique qu'elle ne peut être confondue avec aucune autre affection.

L'observation suivante nous fournit un exemple de migraine ophthalmique qui s'atténue après l'apparition d'une épilepsie partielle.

Obs. XV. (Ch. Feré), *loc. cit.* — Mouh....., cinquante ans, graveur sur pierre. Vers l'âge de deux ans, il aurait été mis en garde, et, quand on l'a repris un an plus tard, la colonne

vertébrale présentait déjà une cyphose très marquée. Pas de trace de rachitisme sur les os des membres, la tête est bien conformée. Quoiqu'un peu faible, il a toujours joui d'une assez bonne santé et n'a jamais fait de grande maladie. Il a toujours eu la tête un peu faible et n'a jamais pu bien faire ses affaires.

Depuis sa jeunesse, il a des accès de migraine. C'est seulement en 1871 qu'est apparue l'épilepsie partielle, et dès lors les accès de migraine se sont beaucoup atténués.

Autrefois, les accès de migraine revenaient à peu près tous les mois et étaient facilement provoqués par les excès de tous genres ou par les changements dans son genre de vie ; ils duraient de douze à vingt-quatre heures.

Cette migraine était caractérisée par une douleur au niveau de la région pariétale gauche avec sensation de pesanteur et de chaleur, la pâleur du visage, un scotome scintillant figurant une fortification lumineuse et occupant la partie gauche du champ visuel ; puis survenaient des nausées qui n'étaient pas suivies de vomissements. A la fin de l'accès, le malade éprouvait du côté droit du corps des fourmillements et comme une sensation de froid. Ces fourmillements commençaient par le côté droit de la face, remontaient vers l'oreille droite, puis gagnaient le membre supérieur droit, et finalement l'extrémité des doigts. Ces sensations de fourmillement ne se produisaient que dans les attaques un peu fortes, et elles étaient le prélude de la fin de l'attaque.

C'est en 1871 qu'il eut son premier accès d'épilepsie partielle avec chute et perte de connaissance. Ces accès n'ont pas cessé de se reproduire depuis. Au début, ils revenaieut tous les huit jours ; puis, à la suite d'un traitement par le bromure de potassium, il est resté il y a quatre ans pendant une année sans avoir d'attaque, enfin les attaques sont revenues, et elles se reproduisent maintement à peu près périodiquement tous les huit ou quinze jours, ordinairement la nuit et après minuit.

Ces attaques se caractérisent ainsi : Le malade sent un *frémissement* au bout des doigts de la main droite (du même côté qui était le siège de l'engourdissement à la suite des accès de migraine) ; ce frémissement est pour lui un avertissement ;

il se lève pour mieux résister à l'attaque et il a toujours le temps de le faire. Presque aussitôt après, les doigts (de la main droite) se contracturent en flexion. Tout peut se borner là, le malade agite volontairement son membre pour faire cesser sa crampe, et tout s'arrête. D'autres fois, les choses vont plus loin ; le membre supérieur tout entier est pris de tremblement, puis la tête s'incline spasmodiquement vers l'épaule droite, et la bouche se dévierait à gauche. Enfin, dans un certain nombre de cas, il y a perte de connaissance, généralisation des convulsions à la face et aux membres, morsure de la langue ; ces attaques avec perte de connaissance sont plus fréquentes que les autres ; il n'a jamais uriné au lit, ni dans ses vêtements. Après les attaques, il est triste, pleure, a des idées de suicide. Quelquefois, le même scotome qui accompagnait la migraine annonce l'attaque.

Quand il se présente à la consultation pour la première fois, le 10 avril 1880, on ne trouve pas trace de paralysie dans les membres ; la force dynamométrique est égale dans les deux mains. Les réflexes tendineux sont normaux.

Le malade est hémorrhoïdaire, ordinairement constipé, et une purgation même légère amène une crise épileptiforme.

Traitement. — Elixir d'Yvon, quatre cuillerées à café par jour la première semaine, cinq la seconde, six la troisième, sept la quatrième.

Le malade revient le 6 mai ; il n'a eu qu'une seule attaque d'épilepsie avec perte de connaissance, pas de migraine.

Traitement. — Elixir polybromuré à prendre de la même manière à la dose de 5, 6, 7, 8 cuillerées.

4 juin. — La malade n'a plus eu de crises, il a eu seulement dans l'œil gauche « des rayons comme une auréole. » Ces sensations lumineuses lui paraissant beaucoup plus nettes depuis la disparition des accès d'épilepsie.

Traitement. — Reprendre l'élixir aux doses successives de 5, 6, 7, 8 cuillerées.

3 Juillet. — Il y a trois semaines, il a eu un accès d'épilepsie sans perte de connaissance ; la face s'est convulsée et tournée à droite ; le membre supérieur droit a été agité de convulsions

spasmodiques, et le pied s'est maintenu en varus équin. En dehors de cela, le malade a eu plusieurs fois des fourmillements dans les derniers doigts de la main droite, qui duraient quelques minutes.

Traitement. — Elixir, 5, 6, 8, 9 cuillerées.

7 août. — Il n'a pas eu d'accès d'épilepsie depuis le 13 juin ; mais il a eu un accès de migraine avec scotome.

Traitement. — Elixir, 5, 6, 7, 8 cuillerées.

7 septembre. — A eu un seul accès d'épilepsie depuis un mois. Plusieurs fois, sans maux de tête, il a eu son scotome à droite.

30 octobre. — Il n'a pas eu de grandes attaques, seulement quelques secousses dans le membre supérieur droit. Il a eu plusieurs fois des accès de scotome isolé.

Traitement. — Elixir, 5, 6, 7, 8, 9 cuillerées.

3 février 1881. — Les attaques ne se sont pas reproduites plus fréquemment, mais elles paraissent avoir changé un peu de caractère. Elles débutent par un engourdissement avec crispation de la main, et non par un frémissement, comme autrefois. Même dans les grandes attaques, qui sont devenues très rares, il a toujours le temps de choisir sa place avant que les convulsions générales se produisent. Ordinairement l'attaque consiste seulement en un engourdissement sans frémissement de la main, où la convulsion se localise, sans perte de connaissance. La migraine reste considérablement atténuée.

Traitement. — Supprimer l'élixir d'Yvon ; prendre avant chaque repas tous les jours deux pilules avec extrait de valériane vingt-cinq centigrammes, et oxyde de zinc cinq centigrammes.

12 février. — Depuis qu'il a supprimé le polybromure, les attaques d'épilepsie se sont produites deux fois par semaine.

Traitement. — Elixir, 5 et 6 cuillerées.

9 mars. — Les attaques n'ont pas reparu, mais il a eu quelques engourdissements dans la main droite, de temps en temps et isolément des scintillements, des paillettes lumineuses du côté gauche, avec vue trouble.

8 mai. — Il était tranquille depuis un mois ; hier, il a eu un

brouillard du côté gauche, et il a eu deux attaques d'épilepsie depuis.

Traitement. — Cinq cuillerées d'élixir par jour et une pilule avec trois centigrammes d'extrait de belladone.

Dans le fait suivant les troubles propres à la migraine ophthalmique et aux attaques épileptiques se sont développés parallèlement, tellement, qu'en somme, il est à peu près impossible de dissocier les deux ordres de phénomènes.

Obs. XVI. (Ch. Féré, *loc. cit.*). — M. T....., pharmacien, 43 ans. Son père fut atteint de paralysie générale, il a été aphasique, et il est mort d'une congestion cérébrale un an après le début de la maladie. Sa mère est morte aliénée après six mois de maladie (alternatives de délire hypochondriaque et de délire maniaque, hallucinations de la vue et de l'ouïe). Sa sœur est atteinte de folie raisonnante. Rien, chez les collatéraux et les ascendants plus éloignés : le grand-père maternel seul était goutteux.

C'est à l'âge de huit ans et demi que le malade a éprouvé pour la première fois des accidents nerveux. Il eut alors une perte de connaissance, qui dura plusieurs heures et avait été précédée de sensations lumineuses dans l'œil droit. A l'âge de dix à quatorze ans, il eut encore d'autres pertes plus ou moins complètes de connaissance, toujours précédées de sensations lumineuses en forme de roue lumineuse qui s'avance. Il a eu alors des accidents convulsifs dont M. Cornil a été témoin au collège. De quatorze à quinze ans, le malade s'est réveillé plusieurs fois en sursaut en voyant un globe de feu. Depuis cet âge jusqu'à trente ans, les mêmes accidents se seraient présentés à peu près une fois par an et caractérisés par des attaques constituées par l'apparition d'un scotome étincelant à droite, puis sensation de déchirement de la tête du côté droit, perte passagère de la vue du même côté; il y a eu perte de connaissance dans un certain nombre d'accès.

A l'âge de trente ans, en dehors de tout accès de migraine, le malade ressentit un jour un fourmillement dans les cinq doigts de la main droite, montant progressivement, gagnant la lèvre supérieure du côté droit, la moitié correspondante de la langue, avec difficulté de la parole. Ces accidents se sont produits à la suite d'une peur.

« L'image lumineuse que le malade perçoit dans ses accès n'est pas toujours la même. C'est quelquefois, mais rarement, un globe de feu sphérique ; c'est le plus souvent un zigzag se rapprochant de la forme d'une portion de roue irrégulièrement dentée ; d'autres fois encore, c'est un zigzag à direction générale plus rectiligne, comme un éclair. L'image est le plus souvent blanche comme un trait de feu ; d'autres fois, elle revêt les couleurs de l'arc-en-ciel. Quelquefois il n'y a pas d'image lumineuse, mais seulement hémiopie. Cette sensation lumineuse ou cette hémiopie ont une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures. Elle est toujours précédée de douleur de tête et d'obnubilation de la vue ; elle est toujours suivie de nausées et de vomissements. Elle est parfois suivie de perte de connaissance. A cet égard, M. Burlureaux pense que les accidents peuvent être divisés en deux séries : les accès de migraine ophthalmique éprouvés par M. T....., jusqu'en 1873 ont toujours été suivis de perte de connaissance, sauf l'accès de 1865. Depuis 1873, ils sont seulement suivis de vertige avec état de vague intellectuel très passager : une seule crise (1876) a été suivie de perte de connaissance. »

Ce malade a perdu connaissance à la suite de la migraine, mais il n'a jamais perdu connaissance sans migraine. La femme du malade affirme que, dans les accès de migraine avec perte de connaissance, sa face devient pâle, il se contracterait, se débattrait du côté droit et se mordrait la langue.

Quand il y a perte de connaissance, elle dure une demi-heure en moyenne, et elle s'accompagne toujours de ronflement pendant toute la durée.

C'est toujours la nuit, ou de grand matin, ou pendant la nuit que les accidents se produisent : le malade se réveille brusquement comme d'un cauchemar, éprouve un mal de tête, puis des

troubles visuels, puis soit une perte de connaissance, soit un vertige, enfin des nausées et des vomissements, et pendant quelques heures ensuite un léger malaise général et une frayeur intense (panophobie momentanée).

A l'âge de 36 ans, il fut pris de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont peu intenses; mais il s'y ajoute des phénomènes spasmodiques, des mouvements d'extension brusques. Perte du réflexe rotulien des deux côtés. Zone d'hyperesthésie (anesthésie douloureuse, dysesthésie) à la cuisse droite avec réflexe cutané quand on frappe cette partie de la cuisse (réflexe retardé); faiblesse du sphincter anal.

Depuis le début des phénomènes tabétiques, la migraine paraît avoir été moins fréquente.

Le 20 avril 1880, M. le Dr Keller écrivait : « M. T. a eu au mois d'octobre dernier une attaque de sa migraine anomale; il avait passé quatre ans sans en avoir.

« *Description de cette dernière attaque.* — Sensation violente dans la jambe gauche, comme si un boulet de canon la lui emportait, suivie de chute sur le sol, mais sans perte de connaissance, puis engourdissement dans le pouce et la lèvre gauches. Au bout d'un quart d'heure, obscurcissement de la vision centrale, obligation de se mettre au lit et passage pendant environ dix minutes d'impressions lumineuses en tous sens devant l'œil gauche. En même temps, hémiopie tantôt dans le sens vertical, tantôt dans le sens horizontal. Au bout d'un quart d'heure, besoin de dormir jusqu'au lendemain matin, où le malade se réveille très dispos.

« Dans les crises précédentes, tous ces phénomènes s'étaient passés à droite. »

Le 2 janvier 1881, il y eut un nouvel accès, que M. le Dr Burlureaux décrit à peu près dans les mêmes termes: les phénomènes se sont passés aussi du côté gauche, mais il y a eu seulement obnubilation de la vue de l'œil gauche sans hémiopie.

Le malade a conservé jusqu'à présent l'intégrité absolue de son intelligence.

Obs. XVII. (Inédite). — Heil..., 16 ans, 24 février. Depuis près d'un an s'est aperçu des premiers symptômes. Souffre d'accidents nerveux. La mère est atteinte de migraine, a eu depuis un ans cinq ou six accès dont un seul diurne. Le malade présente souvent, soit immédiatement avant son accès, soit en dehors de tout accès, les symptômes suivants :

Scotome scintillant à droite, hémiopie latérale droite : après les premiers symptômes, le malade éprouve une douleur vive dans la région sus-orbitaire droite avec engourdissement du côté droit. Les accès seraient épileptiformes, le malade aurait des convulsions, se débattant et se mordant la langue.

Traitement. — Bromure de potassium 4, 5, 6, 7 grammes. En septembre, quelques éblouissements.

20 octobre. — Depuis rien. Continuation du traitement.

Obs. XVIII. (Inédite). — Ag..., 20 ans, tapissier. Début de la migraine 1er janvier 1882, depuis là a peu près une fois par mois, il ne l'a eu encore qu'une seule fois avec l'engourdissement de la main droite et trouble de la langue, et une autre fois avec trouble de la langue sans engourdissement de la main. Le scotome précède toujours la migraine ; au mois de septembre 81, a eu une première attaque d'épilepsie sans aura, ne se souvient de rien, s'est réveillé dans son lit sans savoir ce qui s'était passé, à huit heures du matin pousse un cri, tombe, se débat, écume à la bouche, morsure de la langue, durée à peu près vingt minutes, pas de vomissement, deux heures après n'avait plus rien. A partir de l'âge de 8 à 9 ans est sujet à de très violentes coliques sèches qui cèdent à un lavement, il souffre beaucoup et peut à peine se tenir, depuis, ses attaques ont cessé ou du moins il n'en a eu qu'une seule.

Le 8 décembre 82. — Deuxième attaque d'épilepsie, vers huit heures du matin est tombé et ne se souvient de rien ne s'est pas mordu la langue, est tombé sur le côté droit, et il lui a semblé après l'attaque que son œil droit était moins ouvert que le gauche, c'est aussi à droite qu'il s'est mordu la langue la première fois.

De la main droite il distingue une pièce de cinq francs en argent : mais il la trouve plus lourde que celle dans la main gauche, il trouve qu'une pièce de 50 centimes dans la main droite et une de un franc dans la main gauche sont de même poids, la température est également sentie des deux côtés.

D'autres fois la migraine ophthalmique peut accompagner d'autres névroses, et l'observation suivante nous montre cette affection coïncidant avec l'hystérie :

Obs. XIX. (Inédite.) — *Migraine ophthalmique. — Ovarie double anesthésie gauche.* — Madame Perr..., 26 ans, mère migraineuse, hémiopie gauche transitoire.

Il y a 4 ans, la malade a eu des douleurs dans le ventre, elle montre ses deux points ovariens.

La malade a des accès depuis 6 ans, autrefois deux ou trois fois par semaine. Depuis quatre ans, elle a ses accès tous les jours. Ces accès sont constitués par une céphalalgie frontale très intense surtout à gauche, des battements dans les tempes surtout à gauche, les oreilles rougissent, bourdonnements assez forts dans les deux oreilles, en même temps des étincelles voltigent dans les deux yeux et souvent prennent l'aspect d'un rempart dentelé, le rempart de l'œil gauche est beaucoup plus accusé ; et si la malade travaille à ce moment, toute la partie droite est obstruée, elle ne voit que la partie gauche de son ouvrage. Ces accès reviennent tous les jours et durent pendant deux et trois heures quelques fois.

L'engourdissement existe à gauche dans la jambe et le bras.

Pas d'aphasie transitoire, mais un peu d'embarras psychique ; la malade ne se rappelle pas de ce qu'elle veut dire.

L'engourdissement dans le bras gauche s'accompagne d'une roideur dans la main qui prend la position d'une personne qui écrit.

Point ovarien à gauche, le malade voit les couleurs périphé-

riques, peut-être achromatopsie pour les couleurs centrales. Clou histérique existe.

Un peu d'anesthésie à gauche. Dans tout le côté, la cornée gauche est insensible.

Les battements d'une montre s'entendent à droite à 0, 15 centimètres, à gauche il faut coller la montre près de l'oreille, donc diminution de l'ouïe à gauche, champ visuel rétréci des deux côtés, mais beaucoup plus à gauche.

Dans les formes les plus graves que nous venons de décrire, la migraine ophthalmique peut s'établir à l'état de maladie, ou mieux d'indiposition habituelle et même avec des retours fréquents, n'être suivie, après 10, 12, 15 ans, d'aucune conséquence grave. Mais il ne faut pas d'après la connaissance de ces faits, qui sont en réalité les plus vulgaires, porter toujours un pronostic favorable, il faut attendre avant de se prononcer. Tels sont les conseils que donne M. Charcot dans ses leçons et, à l'appui de ces faits, il cite une observation dans laquelle la paralysie générale progressive a débuté par une migraine ophthalmique.

Obs. XX (Charcot) (1). *Paralysie générale précédée de migraine ophthalmique.* — M. L....., professeur d'histoire, venu en France pour étudier le droit, est âgé de 35 ans ; il offre actuellement les phénomènes suivants : embarras spécial de la parole qui est presque inintelligible, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement spécial des mains, ensemble de phénomènes intellectuels et moraux qu'on peut grouper sous la rubrique : démence paralytique.

Rien de plus classique, que ce cas, aujourd'hui que l'on sait qu'il existe une forme de paralysie générale où le délire ambi-

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, recueillies par le Dr Ch. Féré, t. III, p. 72.

tieux ne figure pas, désignée sous le nom de forme paralytique ou de paralysie générale sans aliénation.

Mais ce qui fait l'intérêt du cas, c'est le récit des phénomènes du début, fait d'une façon très intelligente par la jeune femme du malade.

En effet, chez lui, la plupart des accès ont été précédés par un ensemble symptômatique que l'on caractérise sous le nom de migraine ophthalmique.

Les phénomènes se sont présentés dans les premiers accès, de telle façon qu'on eût pu en les considérant à l'état d'isolement, comme appartenant à une affection le plus souvent bénigne, tandis qu'il s'agissait, ainsi que la suite l'a démontré, des débuts d'une affection inexorable.

L....., depuis deux ans, est irritable, méticuleux ; cependant, au mois de juillet dernier, il a pu passer avec succès un examen de droit devant la Faculté de Paris. Les premiers troubles qui ont surtout frappé l'attention remontent au mois de septembre 1881. Il a eu alors une première attaque, accès de migraine ophthalmique avec scotome scintillant et affaiblissement de la vue du côté droit, accompagnés d'embarras de la parole, de parésie et d'engourdissement du membre supérieur droit. Il est resté troublé pendant huit jours, puis tout est rentré dans l'ordre huit jours plus tard, il a eu une deuxième attaque, sans perte de connaissance, avec embarras de la parole. L'intelligence reste obtuse pendant vingt-quatre heures, il paraît se remettre complètement en apparence, mais il est nerveux, irrité ; il peut se remettre au travail; cependant au mois de février 1882, il a une troisième attaque avec les mêmes symptômes de migraine ; mais, en outre, il a cette fois, des secousses convulsives à caractère épileptiforme, avec perte de connaissance. Cela a duré deux heures, ce qui semble indiquer qu'il y a eu une série d'attaques qui ont présenté cette particularité que les secousses prédominaient à droite. A la suite de cette attaque, l'embarras de la parole a persisté. Huit jours plus tard, il a eu une quatrième attaque du même genre avec recrudescence de l'embarras de la parole et faiblesse du bras droit. Enfin, le 5 mai, il a eu une cinquième attaque avec

parésie du bras droit, suivie le lendemain d'une parésie du membre inférieur droit. Pendant les cinq ou six jours qui ont suivi, il ne pouvait dire que « à cause que ». Le bras droit est resté paralysé pendant un mois. C'est surtout à partir de ce moment que le niveau intellectuel baisse ; il est devenu très enfant ; il est docile, mais très mobile, pleurant et riant avec une grande facilité. Il ne peut presque pas écrire de lui-même, mais il copie cependant une page d'une écriture tremblée. La mémoire est aussi affaiblie que le jugement et la volonté. Il éprouve de temps en temps le scotome scintillant. Il a une démarche titubante ; ses mains tremblent ; sa langue tremble aussi ; sa parole est à peu près inintelligible ; sa physionomie est caractéristique : le regard éteint, les paupières tombantes, la pupille droite est plus dilatée que la gauche ; elle n'agit que faiblement par l'excitation lumineuse, mieux par la convergence..

Nous citerons encore l'observation de M. le Dr Parinaud qui signale un nouveau fait de paralysie générale dont le début est marqué par des accès de migraines ophthalmique. C'est un nouvel exemple de cette association symptomatique.

Obs. XXI (Docteur Parinaud) (1). — *Troubles visuels à forme hémianopsique, revenant par accès, avec engourdissement et parésie du bras et embarras de la parole ; un an plus tard, perte de la mémoire ; embarras permanent de la parole.* — « W..., 34 ans, service de M. Millard, salle Saint-Louis, n° 32, hôpital Beaujon. Le malade ne connaît pas d'antécédents nerveux dans sa famille. La mère est bien portante, son père est mort d'une pneumonie. Il n'accuse pas de syphilis, ni d'excès alcooliques ; il n'est pas sujet aux migraines. Il a trois enfants bien constitués, sa femme n'a pas fait de fausses couches.

(1) Observation de M. le Dr Périnaud, *Archives de Neurologie*, t. V, p. 57, 1883.

En juillet 1881, sans prodromes, il est pris subitement de troubles de la vue, avec engourdissement du côté droit et embarras de la parole. Les accidents oculaires sont caractérisés par le développement d'un brouillard du côté droit, au milieu duquel apparaissent des taches diversement colorées et brillantes, animées d'un mouvement continuel, que le malade compare à un essaim de papillons. Le brouillard n'a pas envahi le côté gauche; le malade croit qu'il n'existait que dans l'œil droit; mais il est probable qu'il occupait les deux moitiés droites du champ visuel, comme cela a lieu ordinairement. L'erreur est fréquente chez les personnes qui ne sont pas habituées à ce genre d'observation.

Le trouble visuel a duré un quart d'heure environ. L'engourdissement de la face a débuté en même temps que l'emblyopie, puis la langue s'est prise, ensuite le bras et le tronc, et en dernier lieu la jambe. La crise totale a duré une demi-heure. Quand l'engourdissement a envahi le membre inférieur, la face était déjà dégagée et l'amblyopie avait disparu. Le malade n'a pas eu le sentiment d'une faiblesse musculaire bien caractérisée dans le côté droit; il a pu marcher pendant la crise. Il n'y a pas eu de vomissement ni de céphalalgie consécutive.

Cinq jours après, nouvelle crise, en tout semblable à la première.

Le malade est resté un an sans éprouver d'accidents semblables; mais dans cet intervalle, il se produit un grand changement, dont il a conscience. Sa parole devient embarrassée d'une façon permanente, il perd la mémoire. Cocher, il oublie le nom des rues et il n'aurait pas pu continuer à exercer sa profession, dit-il, sans l'assistance d'un valet de pied, qui lui rappelait les adresses données par ses maîtres.

Forcé de quitter sa place, il entra dans le service de M. Millard où l'on a porté le diagnostic de pachyméningite chronique.

Le 23 juillet 1882, pendant son séjour à l'hôpital, nouvelle crise. L'amblyopie transitoire et l'engourdissement ont conservé les mêmes caractères, avec quelques modifications dans leur localisation. Les accidents ont encore débuté par le côté

droit, où il sont restés prédominants; mais l'engourdissement a aussi envahi le membre inférieur gauche, et le trouble de la vue s'est généralisé à tout le champ visuel. La crise a été moins longue que les deux premières, elle n'a duré qu'une dizaine de minutes. Le 31 juillet, on ne constate aucune lésion oculaire. Les pupilles, en particulier, sont égales et réagissent bien, l'acuité visuelle est normale. »

De là il résulte qu'il ne faut pas s'arrêter sans critique à l'idée juste pour l'immense majorité des cas, que le scotome scitillant et les autres phénomènes qui souvent l'accompagnent, sont choses de peu d'importance. Sous des dehors bénins peut se cacher le début d'une maladie grave.

C'est ainsi que nous venons de voir la paralysie générale débuter par une migraine ophthalmique. Enfin, une combinaison peu commune est celle dans laquelle ces mêmes accidents de la migraine figurent parmi les accidents prodromiques de l'ataxie locomotrice et les observations suivantes dues à l'obligeance de M. le professeur Charcot, et recueillies dans dans son service, viennent en donner la preuve :

Obs XXII. (Inédite). — *Tabes avec migraine ophthalmique.* — W..., 19 décembre 82. — Scotome scintillant à droite, à la même époque qu'il a eu ses douleurs. Céphalalgie du même côté du scotome. Pas d'embarras de la parole. Un oncle paternel faible d'esprit à 40 ans, peut-être paralytique général, il avait la marche titubante. Pas de syphilis, voyageur de commerce, souvent en chemin de fer.

Les douleurs ont commencé il y a 20 ans; quand la maladie a été à son premier début, elles avaient le caractère périodique et nocturne; trois ou quatre petits chocs térébrants qui s'irradiaient le long de la jambe jusqu'au pied. Douleurs à l'anus.

Etat actuel. — Le malade n'a plus très bien la sensation du sol, il ne peut plus marcher dans l'obscurité, les troubles incoordinateurs ont commencé il y a trois mois, légers troubles de la vessie. Engourdissement des doigts de la main gauche innervés par le cubital, un peu de myosis.

Les douleurs à l'anus venaient après les douleurs dans un des membres inférieurs pour passer après à l'autre.

Signe de Romberg, pas de réflexes rotuliens, pas de douleurs en ceinture.

Incoordination modérée dans la marche, impuissance depuis quatre mois.

Obs. XXIII. (Inédite). — *Atrophie de papille double, affection ayant débuté par une migraine ophthalmique.* — Madame Les..., 28 ans, se présente à la consultation de 11 décembre 80, soignée déjà pendant cinq mois en 1877. Son état ne s'est guère modifié depuis cette époque. Elle distinguait la lumière, elle la distingue encore aujourd'hui, mais elle ne saurait reconnaître les objets, elle a une atrophie des deux papilles. Voici les renseignements qu'elle donne sur le début de son affection.

Son enfance s'est passée sans accident notable, d'un tempérament nerveux, un peu lymphatique, elle n'a guère jamais été malade, réglée à l'âge de 13 ans et régulièrement tous les mois, mais ses pertes étaient faibles et d'une coloration très pâle jusqu'à l'âge de 25 ans. Depuis menstrues peu abondantes. Il y a dix ans, elle fut prise périodiquement au moment de ses règles de violentes céphalalgies qui duraient 1, 2 et quelquesfois 3 jours. Les douleurs étaient localisées dans la région temporale et péri-orbitaire et étaient précédées de phénomènes oculaires très curieux. D'abord c'étaient des étincelles, des flocons brillants qui se promenaient devant les yeux, puis ces phénomènes se généralisaient; tous les objets devenaient brillants, lumineux, puis survenaient les maux de tête. Les symptômes oculaires n'étaient en quelque sorte que les signes précurseurs des céphalalgies.

Trois ans après, ces phénomènes oculaires se modifièrent.

Les photopsies persistèrent, mais étaient suivies d'hémiopie, la malade voyait les objets par moitié et cela d'une façon intermittente et tous les objets lui paraissent entourés d'une auréole brillante ou colorés de couleurs variées, tantôt bleu, rouge, jaune. Jamais de vomissement, quelques bourdonnements. Tous ces phénomènes duraient trois ou quatre jours, puis disparaissaient.

Il y a quatre ans, les douleurs se généralisèrent et devinrent presque constantes, les membres inférieurs surtout devinrent le siège de douleurs fulgurantes, type de l'ataxie. Douleurs en ceinture, anesthésie de la plante des pieds. Quand les douleurs commencèrent dans les membres inférieurs, la vision qui malgré les phénomènes cités plus haut était restée intacte, commença à s'affaiblir surtout du côté gauche. Elle diminua rapidement et en même temps s'accentuèrent les photopsies, vision colorée. Fonctions digestives bonnes, rien au cœur, pas d'incontinence. Aujourd'hui l'atrophie est complète dans les deux yeux, les papilles sont blanches, les capillaires atrophiés, l'ataxie est manifeste, les douleurs migraineuses sont devenues plus rares et moins intenses ; les yeux sont parfois encore le siège de phénomènes lumineux. Souvent il arrive à la malade de voir mille feux ou d'avoir une sensation colorée uniforme, la couleur jaune surtout prédomine dans ces visions.

15 février 1881. — L'iodure a été pris presque constamment, sauf la dernière interruption avec pilules de Rabuteau. Le savon a dû être interrompu rapidement pour causes de salivation ; repris à divers moments, ces frictions n'ont guère été faites qu'avec une quantité totale de vingt grammes de mercure.

Etat des réflexes. La même exagération des réflexes du côté gauche persiste ; quoique la paralysie survenue vers le 20 octobre, n'ait duré que quinze jours, l'on remarque toujours des réflexes très exagérés au genou gauche, au coude gauche et surtout au poignet.

7 juillet 1881. — Les règles ont disparu depuis cinq mois et demi. Leucorrhée, réflexes restent exagérés du côté gauche.

Traitement. — Hydrothérapies, toniques, la vue est affaiblie.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

De toutes ces données symptomatologiques nous pourrons déduire la marche, la durée et la terminaison des accidents.

La durée de l'attaque varie de un quart d'heure à une demi-heure exceptionnellement et se prolonge davantage ; plus fréquemment elle est écourtée, atténuée, le nuage est moins épais, la céphalalgie moins intense, la vision n'est qu'obscurcie et non supprimée. Ces crises avortées se voient de préférence quand l'affection dure depuis longtemps.

La migraine ophthalmique n'offre rien de régulier dans sa marche ; tantôt elle revient périodiquement toutes les semaines, tous les mois, tous les jours quelquefois même tous les quinze derniers jours de chaque mois. Tantôt il n'y a qu'une seule attaque, l'acuité visuelle n'en ressent aucune atteinte même lorsque l'hémiopie se répète pendant des années. (Testelin.)

L'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune altération de l'œil même pendant l'attaque. (Fœrster.)

Mais dans quelques cas tous ces accidents ne sont à vrai dire que les prodromes d'une affection générale grave et alors ils deviennent permanents et peuvent entraîner la mort (1).

(1) Ch. Féré, *Revue de Médecine*, 1883.

DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas besoin d'insister sur le diagnostic, vu la netteté des caractères de la migraine ophthalmique.

L'hémiopie, le scotome scintillant classique en fortification ou en zigzag.

Puis des phénomènes dans les membres ou même des troubles localisés de la sensibilité et de la motilité, des troubles de la parole précédemment décrits. Ces symptômes sont caractéristiques et ne permettent pas de confondre la migraine ophthalmique avec une autre affection.

Mais il ne faut pas non plus se dissimuler qu'on n'obtiendra le récit exact de ces sensations subjectives d'où dépend le diagnostic que par un interrogatoire précis. Ainsi l'on ne pourra conclure à l'existence de la migraine ophthalmique chez un épileptique qui immédiatement avant l'accès voit trouble, voit les objets grossir ou se rapprocher, des scintillements, des feux d'artifice, une boule de feu, un globe brillant rouge ou vert qui vient de loin et se rapproche peu à peu ; le malade perd connaissance quand il a la sensation que le corps brillant va arriver sur lui ; mais aucun épileptique ne donne la définition caractéristique de l'hémiopie ni du scotome scintillant classique, ni de la fortification trémulante ni du zigzag.

Il est également important de rappeler le caractère transitoire de ces symptômes qui se répètent par accès de courte durée, de sorte qu'en présence d'une personne atteinte subitement d'engourdissement dans les membres et d'embarras de la parole après avoir éprouvé du vertige on ne sera pas tenté d'attribuer ces accidents à une lésion cérébrale, par exemple, à une hémorrhagie dont les troubles sont, dans les cas les plus heureux, d'une longue durée, et d'ailleurs les troubles de la vue accusés dans les cas d'hémorrhagie cérébrale consistent ordinairement en points noirs situés dans le champ de la vision.

Dans l'hystérie, les malades voient une boule lumineuse, tantôt rouge, verte, jaune, etc., mais le plus souvent couleur d'or, qui monte à l'horizon et éclate en une gerbe d'étincelles de la même couleur. Mais alors il n'y a jamais de vertige et l'examen approfondi du malade montrera bientôt tout le cortège habituel de l'hystérie, hémianesthésie, sensation de boule, amblyopie, etc.

Nous rappellerons aussi que les troubles oculaires qui précèdent l'ataxie locomotrice sont la dylopie, le ptosis, troubles qui ne portent nullement à la confusion avec les symptômes si caractéristiques de l'affection qui nous occupe.

PRONOSTIC

Le pronostic de la migraine dite ophthalmique est loin d'être aussi bénin qu'on a pu le dire jusqu'à présent. S'il est vrai qu'on peut avoir toute la vie des accès de scotome ou d'hémiopie suivis d'une céphalalgie localisée qui se termine par des nausées et des vomissements, si même on peut voir les accès s'atténuer dans leur fréquence et dans leur intensité, il peut aussi arriver qu'un des symptômes normaux ou associés s'installe d'une façon plus ou moins durable et augmentent d'autant la gravité de l'affection. En outre, certaines migraines ont une parenté très proche d'abord avec l'épilepsie, soit que les attaques des deux affections se manifestent isolément sur le même sujet, soit que les deux affections se confondent, pour ainsi dire, en formant des attaques combinées commençant par une migraine ophthalmique et se terminant par un vertige ou une perte de connaissance avec convulsions. L'apparition de phénomènes associés, l'installation durable des troubles morbides ou la transformation des attaques est subite et n'est annoncée par aucun signe appréciable. Enfin comme l'a montré M. Charcot dans une de ses récentes leçons cliniques, on peut voir apparaître ce syndrome au début de la paralysie générale progressive. M. Parinaud a publié un fait du même genre et dans notre thèse nous citons deux observations de tabes dorsalis

ayant débuté par une migraine ophthalmique. En somme, rien n'est plus incertain que l'avenir de cette affection et M. le Dr Ch. Féré vient de le prouver en rapportant dernièrement une observation de migraine ophthalmique datant de l'adolescence, à accès répétés et suivis de mort (1), dont nous donnerons ici le résumé :

« Obs. XXIV. (Ch. Féré). — Migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort.

« M. X....., 53 ans, avocat très distingué, père seulement migraineux, lui-même a eu une fièvre muqueuse; pas de goutte, pas d'hémorrhoïdes, homme fort, sujet à des migraines qui se répétaient tous les huit jours et qui étaient suivis de vomissements bilieux. Sa femme a remarqué qu'il avait déjà à cette époque des troubles légers de la parole. La migraine débutait par des troubles de la vision, sous forme d'une demi couronne de fortification trémulante qui durait une journée et même plus ; s'il lisait il voyait un point noir placé sur la lèvre et cela pendant une demi heure.

Puis, douleur de tête localisée à la bosse frontale gauche d'abord, mais en général finissait par s'étendre à toute la tête ; cela durait une partie de la journée et déterminait des vomissements bilieux. Un voyage si court que ce soit lui faisait éprouver un accès de migraine.

A partir de décembre 1881, ses migraines, à la suite d'un accès violent, paraissent avoir notablement diminué, plus de vomissements bilieux.

En octobre, il fut pris d'une gène dans la main droite, et son médecin constata un léger embarras de la parole par semi-paralysie de la langue, avec légère céphalalgie frontale ; semi-paralysie de la main droite, avec conservation de la sensibilité. La paralysie s'amenda, la parole redevint libre; mais la paralysie de la main droite s'accentua avec engourdissement.

(1) *Revue de Médecine*, 1883.

Le 28 décembre, après avoir vu ces zigzags, il perdit la parole pendant quelques minutes et elle resta difficile depuis. Il vint à Paris consulter M. Charcot, et le 6 janvier, en se promenant, il eut des troubles de la vision avec céphalalgie à gauche ; dans la soirée, difficulté plus grande de la parole, puis vers dix heures, il fut pris d'un accès de suffocation. Face pâle et subictérique, les yeux hagards, les lèvres cyanosées, les extrémités froides, il essaye de parler, mais aucun son ne sort de sa bouche ; cet état dura trois quarts d'heure, la parole seule était supprimée, et ce ne fut qu'au bout de près d'une heure qu'il put dire quelques mots et faire comprendre qu'il n'avait pas perdu connaissance. La commissure labiale droite est déviée en bas, la joue se soulève pendant l'expiration. Pas d'apparence de paralysie du côté gauche, seulement un peu d'engourdissement.

Le 7, au matin, le malade est revenu à peu près à l'état où il était avant son départ pour Paris, il parle en bredouillant, photophobie.

Le 8, au matin, il parlait mieux, plus d'engourdissement à gauche ; céphalalgie sans scotome ; mais l'après-midi réapparition de ces phénomènes, la parole s'embrouille de nouveau ; il survint des nausées.

Le 9, il était bien, sauf un peu de douleur de tête, le malade peut faire une promenade dans le jardin des Tuileries.

Le 10, dans l'après-midi, le scotome reparaît, le malade voit des lettres sombres; engourdissement des extrémités des doigts gauches ; il est deux ou trois heures sans pouvoir parler.

Le 11, au matin, rémission peu marquée, puis une heure après midi, la parole se suspendit de nouveau et il paraît y avoir eu perte de connaissance, céphalalgie intense, et il voyait toujours les lettres.

Le 12, embarras de la parole plus marqué, et le malade supporte difficilement la lumière ; vers midi, recrudescence des accidents et perte de la mémoire, il était d'une pâleur extrême, les extrémités étaient froides, la main s'anima de vibrations ; puis tout le membre supérieur gauche se mit à s'élever par saccades en même temps que le côté gauche de la face grima-

çait. Ces convulsions durèrent un quart d'heure environ, puis le membre inférieur gauche se fléchissait et s'étendait brusquement, puis le membre inférieur droit, le bras droit ne prit que peu de part à cette agitation. Cela dura au moins deux heures. Il s'endormit avec calme et, dès le matin, il fut repris d'une attaque convulsive analogue à la précédente.

Enfin le 13, perte subite de connaissance. Il était étendu, la face et les yeux légèrement tournés vers la droite ; si l'on cherche à corriger la déviation de la tête, elle se reproduit aussitôt après ; le cou est raide, le bras droit est avant, le coude reposant sur la partie antérieure du tronc, l'avant-bras et la main fortement fléchis, si l'on redresse ce membre, il reprend bientôt sa position. Jambe droite rigide et étendue, la joue gauche est flasque et la déviation de la face déterminée par la paralysie du côté droit est à peu près corrigée — insensibilité complète — dents serrées et impossibilité de lui introduire dans la bouche une cuillerée de liquide. Cette paralysie à gauche et cette contracture à droite ont été transitoires ; peu de temps après, tout était revenu dans le même état qu'avant l'attaque ; le malade avait même pu bredouiller quelques mots ; mais dans la soirée, une nouvelle attaque survint, à laquelle il succomba.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les troubles associés de la migraine ophthalmique diminuent un peu l'obscurité de la physiologie pathologique. Ils montrent que les troubles oculaires ne peuvent pas être imputés à un phénomène morbide local, à un spasme des artères de la rétine (Brewster, Quaglino, etc.). Ce ne peut pas être une sorte de névralgie du nerf optique, une lésion des tractus (Dianoux. Mauthner), une irisalgie (Piorry). Ce ne peut être qu'un phénomène cérébral, vraisemblablement une anémie, comme semblent l'indiquer le rétrécissement des vaisseaux de la rétine qui a été constaté plusieurs fois et le fait signalé notamment par M. Dianoux que les troubles peuvent cesser par la position déclive de la tête. On peut donc admettre l'hypothèse d'une excitation du sympathique (Du Bois-Reymond) amenant des contractions spasmodiques des vaisseaux cérébraux et une anémie momentanée et limitée de la substance cérébrale, qui peut être suivie dans certains cas d'une période de congestion (Latham.)

M. Ball, étudiant certains faits d'aphasie transitoire qui nous paraissent avoir quelque analogie avec les faits que nous venons d'étudier, reprend cette hypothèse et admet un phénomène analogue à celui que Maurice Raynaud a décrit sous le nom d'asphyxie locale causée par un trouble local de la circulation et

qui détermine une anémie des extrémités qui peut aller jusqu'à la gangrène. Cette explication est d'autant plus plausible qu'elle permettrait de comprendre en même temps la pathogénie de troubles transitoires et des troubles qui deviennent permanents ; les premiers seraient sous la dépendance d'une anémie localisée, les seconds auraient leur cause dans une nécrobiose limitée de la même région. Elle tire encore plus de vraisemblance de ce fait que l'asphyxie locale des extrémités peut coïncider avec un rétrécissement des vaisseaux du fond de l'œil accompagné de troubles visuels d'intensité variable (Féré).

Latham, pour montrer que les troubles visuels en particulier sont bien sous la dépendance d'une excitation du grand sympathique, rapproche le scotome de la migraine accompagnée des sensations visuelles que Purkinje et Bruntou ont décrites dans l'intoxication par la digitale ; les figures données par Purkinje rappellent en effet plusieurs formes du scotome scintillant.

Si l'on peut, sans trop forcer les faits, arriver à déduire des caractères de la migraine et de ses associations qu'elle doit résulter d'une anémie partielle du cerveau, il est moins facile de décider sur le siège que doit occuper cette anémie. Siège-t-elle à la périphérie, à la surface de circonvolutions ou dans les masses centrales fibres vers le carrefour des sensitives? La dernière hypothèse a pu paraître tout d'abord plus vraisemblable, en raison de l'association fréquente des troubles de la sensibilité générale et spéciale, qui ne pourraient dans le cas de trouble de la circulation corticale coïncider avec l'aphasie sans s'accompagner en même temps de

troubles moteurs, à moins d'admettre des troubles circulatoires localisés, mais occupant à la fois plusieurs zones. Du reste la forme de l'hémiopie ou plutôt de certains cas de rétrécissement latéral du champ visuel que l'on observe dans la migraine ophthalmique, se rapproche des troubles de la vision que l'on rencontre chez plusieurs hémiplégiques, à lésion cérébrale permanente et localisée. Disons toutefois que la localisation centrale admise tout d'abord par M. Féré souffre au moins des exceptions, c'est du moins ce qui semble résulter de l'étude de l'observation publiée par le même auteur dans son second travail.

TRAITEMENT

Le traitement de la migraine ophthalmique doit viser deux points :

1° Combattre l'accès ;

2° En prévenir le retour.

Lorsque l'attaque survient, on peut essayer de plusieurs moyens pour la faire disparaître ou au moins l'abréger. L'ingestion d'un spiritueux quelconque peut avoir un résultat favorable, surtout si l'affection survient après un jeûne prolongé ou après un trouble de la digestion à peine commencée. C'est là la thérapeutique que Piorry préconisait dans le traitement de la migraine ophthalmique.

« M. Galezowski croit que les purgatifs salins, légers, administrés méthodiquement, excepté pendant la grossesse (tels que : 15 gr. à 20 gr. de sulfate de magnésie, un verre d'eau de Pullna ou de Hunyadi-Jánōs) pendant 10 jours consécutifs de chaque mois, parviennent, au bout de 6 à 8 mois, à faire cesser tous les accidents de la migraine, ainsi que les troubles visuels qui en résultent. Il croit en outre, que le bromure de camphre et le bromhydrate de quinine, ont une action efficace sur les crises nerveuses oculaires. »

On a vanté aussi le sulfate de quinine uni à la digitale :

Sulfate de quinine . . . . . 1 gr. 50
Poudre de digitale. . . . 1

F. S. A. 20 pilules à prendre, une matin et soir.

Souvent le bromure de potassium, à la dose de 2, 3, 4 et 6 grammes, pourra faire avorter une attaque imminente de migraine ophthalmique.

Mais nous croyons à la plus grande importance du traitement prophylactique et le médecin doit s'attaquer à la cause productrice : combattre l'état nerveux, la dyspepsie, l'anémie, l'hystérie, etc., par les moyens appropriés, constitue une très bonne indication. Le malade devra éviter les travaux d'esprit, et toute fixation continue des yeux sur un ouvrage quelconque, surtout à jeun ou immédiatement après le repas, enfin, toutes les causes provocatrices de l'attaque. Quand on a affaire à une migraine ophthalmique, si simple qu'elle puisse paraître, il faut toujours avoir présent à l'esprit la possibilité d'accidents graves, soit transitoires, soit permanents, soit même mortels et il est indispensable de connaître les causes qui peuvent engendrer cette affection, pour les éviter avec le plus grand soin.

CONCLUSIONS

Si la migraine ophthalmique présente des phénomènes transitoires, les troubles qu'elle engendre peuvent s'établir à l'état permanent et constituer ainsi une maladie assez grave

Elle peut coïncider avec certaines névroses, telles que l'hystérie et l'épilepsie.

On peut aussi l'observer parmi les accidents prodromiques de la paralysie générale progressive et de l'ataxie locomotrice.

Le pronostic doit être réservé, car, sous des dehors bénins peut se cacher le début d'une affection inexorable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Tissot. — *Traité des nerfs et de leurs maladies*, p. 388. — *Œuvres* (Lausanne), 1790, t. XIII, p. 112.

Wollaston. — *Philosophical transactions*, 1824 (trad. par Arago, *Annales de Chimie*, 1824, t. XXII, p. 100).

Parry. — *Collection from the unpublish ed writing, edited by Hixson*, vol. 1, p. 557, 1825.

Piorry. — *Mémoire sur la migraine*, 1831. — *Traité de médecine pratique*, t. VIII, p. 75.

Pravaz. — *Arch. gén. de méd.*, t. VIII, p. 59.

Labarraque. — *Essai sur la céphalalgie et la migraine*, thèse 1837.

Brewster. — *Philosophical magasine*, 1865, p. 503.

Tyrrell. — *Cyclopœdia of practical surgery*, 1841.

Herschel. — *Familiar Lectures on scientific subjects*, London, 1866, p. 406.

Wilks. — *Med. Times and Gaz.*, 1869, 2 janvier.

Testelin. — *Supplément au Traité des maladies des yeux de Mackenzie du Bois-Raymond, arch. f. anat. phys. und wissen. ch. med. Heft. IV*, p. 464, 1860.

Von Graefe. — *Zcheuders Klin, Monatsblatters*, 1865, p. 148.

Farster. — *Congrès ophthalmologique de Heideilberg*, 1867.

Zcheuder. — *Ibid, Klinische Monatsblatter.*

Möllendorf. — *Virchow's Archiv. Bd* 41, 1867, p. 387.

Hasse. — *Virchow's Handbuch der speciellen Path. und therap.*, t. I, p. 177.

Lebert. — *Handbuch der prackteschen Med. Bd II*, p. 672.

Airy. — *Philosophical Transac.*, 1870, p. 247.

Liveing. — *On megrim and sick Leadache*, London, 1873.

Quaglino. — *Annali del ottamologia*. 1871, p. 7.

Latham. — *On nervous or sick-headache, its varieties and Treatment*, Cambridge, 1873.

Macnamara. — *A Manual of the diseases of the cye*, 1872, p. 439.

Dianoux. — *Scotome scintillant ou amaurose partielle temporaire,* thèse 1875.

Axenfeld, — *Traité des névroses,* 2e édition, 1878.

Galezowski. — *Arch. génér. de méd.,* 1878. — *Société de Biologie,* 1881.

Ludwig. Nauthner. — *Gehirn und auge (Vorlesungen über Augenheilkunde.* Wiesbaden, 1881; p. 508-518.

Ruœte. — *Zeheuder's. Kl. Monatsbl.,* p. 331, 1866.

Listing. — *Zeheuder's. Kl.,* p. 335, 1867.

Hutchinson. — *Und chir. trans.,* t. LIV.

Szokalski. — *Kl. monatsbl. Bd. VIII,* 1872.

Derby. — *New-York med. Rec.,* 1872.

Allbutt. — *Brit and foresgn. med. chir. review,* 1874.

Bonnal. — *Rev. mensuelle de méd. et de chir.,* 1878, t. II, p. 279.

A. Robin. — *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale,* 1880, p. 370.

Ch. Féré. — *Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique,* 1881. — *Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort, Revue de médecine,* 1883.

Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux recueillies par Ch. Féré,* t. III, p. 72, 1883.

Parinaud. — *Arch. de Neurologie,* t. V, p. 27, 1883.

Le Mans. — Imprimerie Albert Drouin, 5, rue du Porc-Épic.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — De la fécondation.

Physique. — De l'œil considéré comme instrument d'optique.

Chimie. — Des alcaloïdes.

Histoire naturelle médicale. — Des astringents organiques.

Pathologie externe. — Des hémorrhagies artérielles.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — Des vomissements.

Anatomie pathologique. — Du ramollissement cérébral.

Médecine opératoire. — Des amputations.

Pharmacologie. — Des sucs des végétaux. Quelles sont les formes sous lesquelles on les emploie en médecine ?

Thérapeutique. — De l'emploi de la digitale.

Hygiène. — Des boissons fermentées.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par le phosphore.

Accouchements. — De la version.

Vu : Le Président de la Thèse,

CHARCOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.